

DU TOUCHER INTRA-UTÉRIN

DANS L'AVORTEMENT

et comme moyen de diagnostic de la cause des métrorrhagies

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

J.-B. DENIS

Ex-Préparateur adjoint au laboratoire d'anatomie pathologique

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et de la Clinique d'accouchements

Aide d'anatomie, Prosecteur suppléant à la Faculté

Né à Lagnieu (Ain), le 10 Avril 1870



LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — LYON

20, RUE CAVENNE, 20

Juillet 1896

DU TOUCHER INTRA-UTÉRIN

DANS L'AVORTEMENT

et comme moyen de diagnostic de la cause des métrorrhagies

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

J.-B. DENIS

Ex-Préparateur adjoint au laboratoire d'anatomie pathologique

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et de la Clinique d'accouchements

Aide d'anatomie, Prosecteur suppléant à la Faculté

Né à Lagnieu (Ain), le 10 Avril 1870



LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — LYON

20, RUE CAVENNE, 20

Juillet 1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LÉPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....	BONDET.
Clinique obstétricales et Accouchements.....	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.....	GAYET.
Physique médicale.....	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.....	CAZENEUVE.
Anatomie.....	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.....	LORTET.
Physiologie.....	TESTUT.
Pathologie interne.....	RENAUT.
Pathologie externe.....	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	TEISSIER.
Anatomie pathologique.....	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.....	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.....	TRIPIER.
Hygiène.....	POLLOSSON (Maurice).
Thérapeutique.....	ARLOING.
Pharmacie.....	LACASSAGNE.
	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. CURTILET.	MM. MOREAU.	MM. SIRAUD.
BEAUVISAGE.	DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VALLAS.
BOYER.	DOYON.	ROCHET.	CAUSSE, chargé des
CONDAMIN.	DURAND.	ROLLET.	fonctions d'agrége.
COURMONT	GANGOLPHE.	ROQUE.	
COLLET.		ROUX.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président ; M. POLLOSSON (M.), Assesseur ; MM. ROCHET et CONDAMIN, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Pendant notre semestre d'internat chez M. le professeur Laroyenne, nous avons observé un certain nombre de cas que nous rapporterons tout à l'heure et dans lesquels le toucher intra-utérin, pour nous rendre compte du contenu de l'utérus ou de l'état de ses parois, nous avait rendu de réels services.

D'autre part, nous nous sommes aperçus que ce toucher intra-utérin n'était pas d'une pratique courante en gynécologie, que dans certaines interventions obstétricales, sa valeur était très discutée, et, que même les cliniciens qui l'ont fait entrer dans leur pratique ne s'en servaient en somme que dans quelques cas rares. Si la plupart des auteurs classiques conseillent ce toucher au chapitre du diagnostic de certaines affections (cancer du corps, fibrome intra-utérin), on n'a qu'à se reporter aux observations publiées dans des journaux spéciaux pour voir combien il est rare.

Nous n'avons pas évidemment la prétention d'avoir inventé une pratique nouvelle, mais dans le diagnostic et le traitement des avortements et des rétentions placentaires après la délivrance, dans le diagnostic de la cause des métrorrhagies, ce toucher intra-utérin nous a donné des résultats incomparables.

Pourquoi donc cette méthode ne s'est-elle pas généralisée d'emblée? C'est, à notre avis, parce que les auteurs, tout en recommandant cette pratique, n'en tirent pas toutes les notions qui permettent d'assurer un diagnostic, et n'en reconnaissent pas la nécessité.

Pourquoi faire la dilatation jusqu'à la possibilité d'introduire le doigt dans la cavité utérine, dans l'hypothèse d'un cancer du corps, puisque, sentir le néoplasme avec ses caractères ne permet pas de faire un diagnostic, qui seul sera fait avec l'examen histologique des fragments retirés à la curette? C'est actuellement l'opinion de tous les gynécologistes qui ont écrit un traité didactique : Pozzi, dans son traité de gynécologie, Delbet, dans le traité de chirurgie Duplay et Reclus, Martin, etc. Quels renseignements tirera donc le chirurgien du toucher intra-utérin, si à la suite de cette opération de petite chirurgie, mais en réalité assez laborieuse, son diagnostic n'est pas ferme? Pourquoi aussi dans un avortement vouloir à toute force faire un toucher digital, si la curette intelligente arrive au même résultat?

Or, nous verrons plus tard ce qu'il faut penser de

cet examen histologique; nous verrons aussi les méfaits de la curette, mais nous comprenons fort bien que sous l'influence de ces idées, le toucher intra-utérin, pour peu que l'on ne tienne pas à faire un diagnostic causal, ne soit pas considéré comme d'une nécessité absolue.

En outre, dans un traité didactique où l'on groupe ensemble tous les symptômes d'une même affection, il semble que cette affection soit facilement diagnos-
ticable; mais en clinique, les choses ne se passent pas ainsi.

Les symptômes ne sont pas propres à une affection déterminée, mais ils sont communs à plusieurs. Un symptôme capital, comme l'hémorrhagie, appartient à des cas différents et relève de causes diverses. Ainsi, les métrorrhagies accompagnées de modifications dans le volume de l'utérus, dans l'odeur des pertes, dans la sensibilité du petit bassin, tous signes qui constituent la symptomatologie du cancer du corps, même réunis sur une malade, n'emportent qu'un diagnostic de probabilité. Il serait toujours, il est vrai, permis de faire ce diagnostic et de s'en contenter, s'il n'entraînait pas une thérapeutique sévère.

Evidemment, pour les gynécologistes, — et ils sont nombreux, — qui ont recours à une thérapeutique exclusivement symptomatique, et pour lesquels, dans tous les cas métrorrhagie est synonyme de curettage ou de crayon de chlorure de zinc, le diagnostic causal est d'importance moindre et même dans ces cas-là, n'y a-t-il pas encore intérêt à faire un pro-

nostic? Mais pour ceux qui, pour leurs malades, veulent un diagnostic causal, dans le but d'appliquer une thérapeutique rationnelle, il nous semble qu'il y a dans la pratique du toucher intra-utérin un moyen d'investigation rapide, clinique et de premier ordre. Pour ceux aussi qui veulent, en présence d'une hémorrhagie abondante dans un avortement ou après la délivrance, débarrasser définitivement et complètement l'utérus de ses rétentions placentaires, nous croyons encore que c'est le toucher intra-utérin qui peut seul nous mettre à l'abri d'une évacuation incomplète et par suite d'une récurrence d'hémorrhagie.

Nous nous estimerons heureux si nous avons pu, en relatant quelques observations, entraîner la conviction de ceux qui s'intéressent à ces questions gynécologiques.

Avant de commencer cette thèse inaugurale, nous tenons à remercier les maîtres qui, pendant nos études, nous ont aidé de leurs conseils.

Dès notre arrivée à Lyon, nous avons eu la chance de rencontrer un ancien camarade de Lycée, le Dr Tournier qui, en nous guidant dans nos débuts, nous a aidé à préparer l'externat, puis l'internat. Il a été à la fois pour nous un premier maître, et depuis un ami. Il est donc juste que nous le remercions tout d'abord.

Pendant l'externat, nous avons été successivement dans le service de M. le professeur Poncet, qui était alors chirurgien-major à l'Hôtel-Dieu, et dont nous avons eu l'honneur d'être plus tard l'interne; M. le professeur Maurice Pollosson que nous avons revu

encore comme interne trois ans plus tard et qui a toujours été pour nous un maître bienveillant; M. Bouveret et M. Bard, le premier à l'Hôtel-Dieu, le second à l'Antiquaille et au Laboratoire d'anatomie pathologique, où il a tant contribué à jeter dans notre esprit quelque lumière sur les conceptions anatomo-pathologiques.

Pendant notre internat, notre semestre à l'Antiquaille dans le service de M. Cordier nous a laissé un excellent souvenir. Il en est de même de notre passage dans les services de MM. Audry et Drivon.

En chirurgie, nous avons eu le bonheur de reprendre le service de quelques-uns de nos maîtres d'externat. M. le professeur Poncet nous a guidé de sa grande expérience chirurgicale. M. le professeur Maurice Pollossen a bien voulu nous confier les fonctions de chef de table et nous l'en remercions vivement. M. Vincent, à la Charité, a été un premier guide dans l'étude de la gynécologie que nous avons plus tard complétée dans le service de M. le professeur Laroyenne. Que ce dernier, qui a bien voulu nous conseiller dans cette thèse et nous faire l'honneur de la présider, reçoive ici nos remerciements, ainsi que M. le professeur agrégé Condamin pour les observations qu'il a mises à notre disposition.

Enfin, nous avons choisi pour terminer notre internat, le service de M. le professeur Fochier, où nous sommes encore; nous sommes heureux de pouvoir le remercier de son enseignement dont nous voyons tous les jours l'utilité en clinique.

M. le professeur Raymond Tripier avait bien voulu

nous ouvrir son laboratoire d'anatomie-pathologique à la Faculté ; pendant deux ans, nous avons occupé la place de préparateur-adjoint, nous en avons conservé un excellent souvenir et nous en sommes bien reconnaissant.

Nous ne saurions oublier sans être ingrat MM. les professeurs agrégés Vallas, Rollet, Devic.

Enfin, MM. Repelin, Fabre, Commandeur et Paviot ont toujours été pour nous des amis.

Nous diviserons notre sujet en deux parties.

Bien que traitant d'une façon générale du diagnostic de la cause des métrorrhagies par le toucher intra-utérin, en dehors des trois derniers mois de la grossesse et des suites immédiates de couches, il est bien évident que, si l'on soupçonne une grossesse, le mode de diagnostic par le toucher intra-utérin ne saurait être employé. On sait bien que dans ce cas-là, hémorrhagie est synonyme d'avortement, et qu'il serait évidemment ridicule de s'assurer de la grossesse en faisant un avortement. Mais lorsqu'une hémorrhagie commande l'intervention, et par sa continuité et son abondance, en un mot, lorsqu'on veut à toute force mettre un terme à ces métrorrhagies qui compromettent la santé de la mère, nous croyons qu'il est utile de faire le toucher intra-utérin, pour diagnostiquer le contenu de l'utérus, la présence ou l'absence de l'embryon, la quantité et la situation du placenta qu'il faut extraire pour arrêter ces

hémorrhagies. Et comme, lorsqu'on aura fait une introduction du doigt, on ne pourra véritablement pas lui substituer un autre instrument, le toucher intra-utérin, dans l'avortement et dans les rétentions placentaires se manifestant tardivement après la délivrance, sera un moyen de diagnostic non pas tant de la cause de la métrorrhagie, mais bien de la situation et de la quantité des débris placentaires, en un mot un moyen de diagnostic thérapeutique.

Dans un premier chapitre, nous traiterons justement de la nécessité du toucher intra-utérin dans l'avortement et la rétention placentaire manifestée tardivement.

Dans un second chapitre, nous montrerons que le toucher intra-utérin est nécessaire au diagnostic de la cause des métrorrhagies dues :

- 1° A un cancer du corps de l'utérus
- 2° A un fibrome interstitiel ou pédiculé
- 3° A une métrite

Dans un troisième chapitre nous exposerons le mode opératoire employé à la clinique de M. le professeur Laroyenne.

CHAPITRE PREMIER

Du toucher intra-utérin dans l'avortement et la rétention placentaire tardive après la délivrance

La pratique du toucher intra-utérin, dans les cas où le col est dilaté et mou comme dans un avortement qui vient de se faire, est d'une conduite qui semble évidemment banale, et cependant, beaucoup de gynécologues se contentent de la dilatation telle qu'elle est, suffisante seulement pour l'introduction des instruments.

Il serait bien facile, avec un peu de patience, de faire une dilatation digitale progressive ou de passer quelques numéros supérieurs des bougies d'Hégar, ce qui permettrait de toucher, et n'aurait pas exposé à une surprise comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION I

M^{me} X..., âgée de 28 ans, entre à la salle Sainte-Thérèse le 29 avril 1896. Elle est pâle, d'aspect peu robuste ; deux de ses sœurs sont mortes phthisiques. Elle a eu une couche il y a deux ans et

dem. Elle a toujours été réglée bien régulièrement, mais depuis sa dernière couche, ses règles sont douloureuses. Depuis trois mois, après un retard de trois semaines, la malade a eu des pertes rouges abondantes, à peu près continuellement, et depuis huit jours des caillots volumineux. Pas de signes fonctionnels de grossesse, pas de vomissements. Ses seins ont le volume ordinaire, mais les tubercules de Montgomery sont gros ; cependant la malade ne trouve aucun changement de ce côté. Il y a deux mois elle a été examinée en ville par un professeur de la Faculté qui à ce moment-là a conseillé un curettage. Actuellement, l'utérus est gros, il mesure quatorze centimètres.

Au toucher, le col est mou et entr'ouvert légèrement. M. Laroyenne, en raison de la durée et de l'abondance des hémorrhagies fait le diagnostic d'avortement et pense qu'il y a un défaut d'involution utérine post partum, symptomatique d'un mauvais état général, et en raison des pertes abondantes de la malade, propose un curettage.

L'opération est pratiquée par lui-même. Le col est mou, et l'introduction d'une curette est facile sans dilatation préalable du col. Pendant cinq minutes, on promène dans la cavité utérine une curette tranchante de Sims sans ramener de fongosités. L'hémorrhagie devenant plus abondante, on allait faire un tamponnement utérin, quand apparaît à la vulve un cordon ombilical.

Dilatation du col utérin et délivrance immédiate

avec introduction d'un doigt. On ramène un fœtus de trois mois et demi environ avec son placenta.

OBSERVATION II

Un cas tout semblable est arrivé à un de nos collègues, obligé d'intervenir pour des métrorrhagies graves, après un avortement qu'il jugeait fait. Après l'opération, on avait mis une mèche dans la cavité utérine suivant la pratique recommandée, et ce n'est qu'en sortant cette mèche, huit jours après, qu'on amena au dehors un fœtus de trois mois environ (1).

Ainsi donc, voici deux observations où le diagnostic d'avortement avait été fait, et, dans le premier cas on croyait surtout à l'absence d'involution utérine avec quelques débris placentaires. Or dans ces deux cas, on a pu curetter la paroi utérine, sans se douter de la nature du contenu autrement que par la chute du cordon ombilical dans le premier cas, ou par la constatation du corps du délit dans le second où l'on pensait être en présence d'un de ces cas si fréquents de métrorrhagies après l'avortement dues à la rétention des débris placentaires. Il est à peine besoin de faire remarquer que l'introduction du doigt dans la cavité utérine aurait permis dans les deux

(1) D'ailleurs ces mésaventures dues à la curette n'ont pas été observées que par nous ; on en trouve des exemples tout aussi curieux rapportés dans le traité d'accouchement de Tarnier, au chapitre Traitement de l'avortement. Nous avons jugé inutile de les reproduire ici, elles n'auraient rien ajouté à des faits qui sont toujours possibles, puisqu'une de nos observations sort de la pratique de M. le professeur Laroyenne.

cas de faire un diagnostic, et de s'assurer de la cause exacte de la persistance des métrorrhagies. Bien plus, on peut affirmer que, si la curette avait ramené des débris de placenta, on aurait pu s'endormir dans une sécurité dangereuse, puisque des hémorrhagies très abondantes peuvent être la conséquence d'un reliquat placentaire, même de petit volume; et certainement ce n'est pas la curette qui nous eût renseigné sur la présence de ces petits débris, ou même d'un embryon; les observations précédentes sont suffisamment probantes. Ce toucher était certainement sans danger, puisque dans les deux cas, en raison des grandes pertes des malades, l'intervention était nécessaire, et qu'elle a été faite plus tardivement. Même dans les cas où l'on intervient, alors que les choses se passent plus simplement, que l'avortement est fait, et que l'on sent dans le col une masse placentaire analogue à un polype, la conduite à tenir n'est-elle pas la même? car tout le monde sait bien qu'il n'est pas suffisant d'enlever cette masse pour être sûr d'arrêter l'hémorrhagie, et que la certitude d'avoir fait une intervention utile et définitive ne peut être donnée que par la sensation tactile qu'il ne reste rien dans la cavité utérine. C'est la pratique qui est recommandée dans le service de M. Auguste Pollosson, où il entre beaucoup d'avortements. C'est encore celle que M. le professeur Fochier a conseillée dans ses leçons.

Il semblerait que tous les auteurs dussent être d'accord sur une semblable intervention, elle est inoffensive puisque le col est mou et facilement dila-

table; et l'intervention est définitive, n'exposant par conséquent pas du tout à la persistance des hémorragies, et aussi peu que possible à l'infection, si la manœuvre est faite aseptiquement. Nous voilà bien loin de l'intervention instrumentale, à l'aide de pinces spéciales (pinces de Levret) ou de curette de tout modèle. Cette curette est un instrument aveugle, même entre des mains expérimentées; elle ne renseigne absolument pas sur le contenu utérin; elle peut passer sur une adhérence placentaire sans la détacher; elle ne saurait être qu'un auxiliaire utile de l'extraction digitale pour parachever cette dernière sur les indications du doigt introduit dans l'utérus. Il est très curieux de voir à ce sujet l'opinion des auteurs:

Tarnier, dans son livre sur l'antisepsie obstétricale à propos de la rétention du placenta compliquée d'hémorrhagie préfère « l'extraction quand la voie sera ouverte, c'est-à-dire quand le col sera dilaté et qu'on pourra pénétrer dans l'utérus avec la main. Dans le cas contraire le tamponnement vaginal sera d'un grand secours ».

C'est aussi l'opinion de Budin qui préconise l'évacuation de l'utérus par les manœuvres digitales en cas d'hémorrhagie grave ou d'accidents septiques.

On se demande pourquoi M. Tarnier⁽¹⁾ fait une distinction entre les cas où la dilatation du col est suffisante et ceux où elle ne l'est pas, comme s'il y avait danger à dilater un col suffisamment pour y introduire le doigt. Pourquoi se priver d'une

(1) Tarnier. Antisepsie obstétricale. p. 313.

manœuvre qu'il reconnaît bonne et supérieure au tamponnement, alors qu'elle est inoffensive? Avec le tamponnement on est maître de l'hémorrhagie, mais est-on sûr que l'utérus se contractera suffisamment pour expulser son contenu, et alors on sera obligé de faire plus tard un curettage ou mieux et ce qui serait plus sûr un toucher intra-utérin? Pourquoi attendre?

M. le professeur Fochier dans une des dernières leçons de son cours magistral a exposé lumineusement ces idées sur l'intervention dans les cas d'avortement, ou après une délivrance incomplète. Pour lui aussi; seule l'introduction du doigt renseigne sur le contenu de l'utérus, et sur le but à atteindre; aussi c'est ce qu'il a toujours mis en pratique, et il n'a jamais eu d'accidents.

C'est encore l'opinion de Ribemont-Dessaignes et Lepage (1) dans leur traité d'Obstétrique, qui, après avoir mis en œuvre les moyens ordinaires pour arrêter l'hémorrhagie sans interrompre la grossesse, se décident si l'hémorrhagie est assez abondante « à la dilatation de l'utérus avec le ballon de Champetier ou de Barnes et au décollement et l'extraction du placenta avec le doigt.

Ce n'est cependant pas l'opinion de Doléris qui, dans le premier fascicule de la pratique gynécologique qui vient de paraître, écrit : « Je persiste à critiquer l'introduction de la main dans le vagin

(1) Ribemont Dessaignes et Lepage. Traité de Gynécologie. — Traitement de l'hémorrhagie pendant l'avortement. p. 787.

qui est une manœuvre pénible et beaucoup moins simple que l'extraction instrumentale ».

Or, on se demande véritablement en quoi consiste la supériorité de la curette? Est-ce dans la possibilité de laisser dans l'utérus une masse volumineuse telle qu'un œuf (fœtus et placenta au quatrième mois)? Est-ce qu'avec la curette on sera toujours sûr de tomber sur le petit fragment de placenta cause de l'hémorrhagie, et de le détacher? Et s'il s'agit d'un polype placentaire, est-on assuré que la curette le sectionnera à sa base, et qu'ainsi les hémorrhagies seront conjurées?

Qu'on veuille bien lire pour être édifié sur la facilité des décollements placentaires avec la curette l'observation suivante due à Dagot et rapportée par Picqué à la Société de Chirurgie (1). Il s'agit d'un curettage sans succès, alors qu'on voulait obtenir, dans une grossesse avec vomissements incoercibles, un avortement rapide suivant le procédé préconisé par Puech (2) « au troisième mois d'une grossesse, devant la persistance des vomissements, M. Dagot se décide à pratiquer un avortement artificiel. Une tentative de perforation de l'œuf avec un hystéromètre est suivie d'insuccès, l'instrument ayant sans doute cheminé entre l'œuf et la paroi de l'utérus. Les vomissements ne cessant pas, on fait un curettage après dilatation, curettage qui fut probablement incomplet puisque la grossesse qui datait

(2) Société de Chirurgie de Paris, 10 mai 93.

(1) Puech. Annales de gynécologie et d'obstétrique (août 1895)

de trois mois se termina par un accouchement normal dans les délais voulus.

Quant aux reproches adressés par Doléris à la méthode, ils sont nuls. L'introduction de la main tout entière dans le vagin n'est point absolument nécessaire.

Souvent trois doigts dans le vagin combinés avec la dépression abdominale permettront à l'index ou au médius d'atteindre le fond de l'utérus. Dans beaucoup de cas, si la malade est raisonnable, et se commande bien à elle-même, l'anesthésie n'est pas même nécessaire. Or tout le monde sait que pour faire un curettage soigneusement, l'anesthésie doit être employée, il en sera de même évidemment dans quelques cas d'extraction digitale, mais alors l'introduction de la main dans le vagin ne sera plus douloureuse, et on conçoit parfaitement que cette seule douleur, quand elle existe, puisse commander l'anesthésie.

Et puis le curettage n'a-t-il pas été quelquefois dangereux ? Il a à son actif un certain nombre de perforations utérines qu'on ne saurait voir avec le toucher intra-utérin. Ce dernier en effet dès que la dilatation du col est suffisante — et il est facile de l'atteindre sans déchirure à condition d'aller doucement — rend parfaitement compte de la résistance du muscle ; même dans le cas où le muscle est mou, on sépare facilement la sensation qu'il donne de celle des masses molles et friables du placenta.

Ainsi donc, dans tous les cas d'avortement ou de rétention placentaire tardive — il n'est pas question

ici de la conduite à tenir après la délivrance, où tout le est d'accord ; mais seulement des cas où l'on a à faire à des hémorrhagies tardives de la délivrance, alors que l'utérus est revenu sur lui-même et que son col est déjà fermé — nous sommes convaincu qu'il faut être fixé sur le contenu de l'utérus, sa nature, son volume, l'adhérence aux parois ; et à notre avis, il n'y pas d'autre méthode que le toucher intra-utérin, aussi doit-il être fait systématiquement dans tous ces cas. C'est à cette condition qu'on pourra assurer l'arrêt de l'hémorrhagie et se mettre à l'abri des complications septiques. (1)

(1) Il nous semble que la méthode de Puech, c'est-à-dire l'avortement par la curette comme moyen rapide n'est pas un procédé de choix ; à l'observation de Dagot nous pouvons ajouter une observation recueillie dans le service de M. le prof. Laroyenne où un curettage fait dans le but d'interrompre une grossesse était resté sans résultat 3 jours après. Nous croyons qu'il y a dans le toucher intra-utérin un moyen aussi inoffensif mais bien plus sur et plus radical puisqu'on peut faire en même temps une délivrance complète.

CHAPITRE II

Diagnostic des métrorrhagies symptomatiques :

- 1° D'un cancer du corps de l'utérus.**
- 2° D'un fibrome interstitiel ou d'un polype fibreux.**
- 3° D'une métrite hémorrhagique.**

1° Du diagnostic du cancer du corps de l'utérus

Nous croyons que le diagnostic du cancer du corps, ne peut être fait d'une façon certaine, que par le toucher intra-utérin, et que ce toucher intra-utérin permet d'affirmer ce diagnostic, même en l'absence d'examen histologique. Rien ne permet d'affirmer la présence d'un néoplasme du corps, même alors que tous les signes somatiques de cette affection se trouvent réunis chez une même malade : hémorrhagies fétides, augmentation de volume de l'utérus, douleurs dans le petit bassin, âge de la malade. Quant à l'examen microscopique, il restera toujours un moyen de contrôle, et nous renseignera exclusivement sur la nature histologique du néoplasme qui évolue. L'observation suivante prouve péremptoirement la nécessité de ce toucher digital.

OBSERVATION III

M^{me} X..., âgée de 51 ans, entre à la clinique gynécologique, le 3 février 1896. Rien à relever dans ses antécédents personnels. Pas d'accouchement à terme ni de fausse couche. Réglée régulièrement de 18 à 30 ans; puis à partir de ce moment les règles sont peu abondantes et irrégulières jusqu'à 40 ans. Après cet âge, la menstruation redevient régulière. Ménopause à 49 ans.

A 50 ans, la malade commence à perdre 5 ou 6 jours par semaine des caillots et du sang en petite quantité. Les pertes sont devenues peu à peu plus abondantes, et depuis 4 mois elle souffre dans le bas-ventre, avec irradiation dans les lombes.

Son teint est cachectique.

Ses pertes sont très fétides.

A l'examen on trouve un utérus gros dont la cavité mesure dix centimètres, dur, proéminent dans le cul de sac postérieur et surtout à gauche. On note que l'hystéromètre en pénétrant dans la cavité utérine se dirige vers la droite de la malade.

En présence de ces symptômes: pertes rouges chez une femme âgée à la période de la ménopause, utérus gros, douleur dans le petit bassin et fétidité des pertes, on porte le diagnostic de cancer du corps, et on propose l'hystérectomie à la malade.

Après l'anesthésie et avant de commencer l'opération, M. Repelin, chef de clinique, dans le but de se rendre compte des lésions, fait une dilatation extemporanée avec les bougies d'Hégar, suffisante pour introduire un doigt.

Au toucher intra-utérin, on constate l'absence complète de fongosités, les parois de la cavité sont lisses et irrégulières; mais la cavité est refoulée à droite par suite du développement dans l'épaisseur même de l'utérus et à gauche d'un fibrome interstitiel que l'on sent aussi très bien en combinant le toucher au palper abdominal.

On désinfecte soigneusement la cavité au permanganate de potasse, et on laisse dans l'utérus un crayon de chlorure de zinc.

Un mois après la malade sortait du service, les métrorrhagies n'avaient pas reparu et l'état général était meilleur.

M. le professeur Laroyenne nous raconte à propos de ce cas qu'il a vu enlever par un de ses assistants un utérus que l'on croyait atteint de dégénérescence du corps. On vit après l'opération qu'il n'en était rien, mais la malade mourut.

Voici donc un exemple de diagnostic entre un cancer du corps et un fibrome interstitiel de petit volume qui n'était possible, on en conviendra, que par le toucher. Il est certain qu'en pratique, le diagnostic se pose avec celui de métrite hémorrhagique, mais on ne le fait pas toujours, on traite souvent l'hémorrhagie par un curettage ou par des cautérisations diverses jusqu'au jour où l'évolution du cancer impose le diagnostic, mais alors, il est trop tard pour intervenir d'une façon radicale. Voici des exemples qui prouvent cette absence de diagnostic.

OBSERVATION IV

M^{lle} Alphonsine, 53 ans, entre dans le cabinet de Ste-Marie, le 14 février 1895. La malade a été réglée à 13 ans. Règles toujours régulières, mais très douloureuses et duraient 4 ou 5 jours. Pas d'accouchement à terme, une fausse couche.

Il y a une huitainé d'années, la malade a souffert d'une rétroversion qui a été incomplètement réduite. Depuis ce moment elle portait un pessaire.

Il y a 3 ans, les règles sont devenues plus longues, se sont espacées de moins en moins et sont devenues de plus en plus abondantes. Pas de leucorrhée entre ses pertes. Très abondantes elles affaiblissent la malade qui entre une première fois à l'hôpital en novembre 1894. Elle se plaint en outre de souffrir de douleurs dans les reins.

Il y a un mois, en mettant des vêtements de l'an passé, la malade a constaté qu'elle avait beaucoup maigri.

A l'examen, on note la rétroversion ancienne et un fibrome de petit volume proéminent légèrement sur le côté gauche. Hystérométrie = 7 1/2.

Traitement. — On met successivement deux crayons de chlorure de zinc.

La malade sort le 27 novembre.

Après sa sortie, on note dans l'observation, à la date du 8 mars 1894 : les huit premiers jours, elle a eu quelques pertes rouges légères, au bout de quinze jours, de grosses pertes rouges de durée de 2 heures ; depuis, la malade a toujours quelques pertes

blanches parfois légèrement teintées de sang. L'état général s'est amélioré. La malade est satisfaite. Elle souffre moins, quoiqu'encore un peu dans les reins.

Au toucher, on ne sent plus le fibrome signalé sur la paroi utérine.

Cathétérisme = 8 1/2.

Peu à peu les pertes reviennent, la malade a des métrorrhagies abondantes. Les douleurs deviennent vives dans le bas-ventre et dans les reins.

M. le professeur agrégé Condamin, après un curetage qui ramène beaucoup de fongosités, fait cliniquement le diagnostic de dégénérescence de la muqueuse du corps, et fait une hystérectomie abdominale.

OBSERVATION V

M^{me} A..., 56 ans, demeurant à Lyon, rue de la cité Part-Dieu, se présente le 15 février 1894 à la consultation gratuite de M. le docteur Levrat, se plaignant de métrorrhagies légères sans douleur. M. Levrat met un crayon de chlorure de zinc. La ménopause remontait à 54 ans et la malade s'était toujours bien portée. Depuis deux ans, disait-elle, ses règles voulaient revenir, elle n'avait point de douleurs. L'état général était bon, les hémorrhagies peu abondantes.

Elle revient chez M. Laroyenne en mars 1896. Elle a des pertes rosées, quelquefois de véritables hémorrhagies. Son utérus est gros, mobile. L'hystéromètre indique 9 1/2. Ses pertes sont fétides. M. le profes-

seur agrégé Condamin diagnostique à ce moment une dégénérescence maligne de la muqueuse du corps qui a été confirmée par les examens histologiques.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Fochier)

M^{me} Y..., demeurant place St-Pothin. Réglée à 13 ans. Mariée à 26 ans. Elle a eu une couche à 29 ans. Accouchement simple. Pas de fausse couche ni maladie antérieure. Il y a 6 mois, chute à la suite de laquelle se déclare une métrorrhagie abondante qui persiste pendant 4 mois.

La malade entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Gangolphe qui fit un curettage et une cautérisation au chlorure de zinc.

Les douleurs peu vives au début, augmentèrent après l'opération. Elles sont actuellement continues avec exacerbations insupportables, irradiées à la vulve aux cuisses et aux fesses. Au moment des règles, les douleurs augmentent. Elle perd continuellement du sang, mais pas de sérosité et ses pertes ne sont pas fétides. L'amaigrissement est considérable.

Elle est envoyée dans son service par M. Fochier avec le diagnostic de papillôme non ulcéré du vagin recouvrant une forme atrophique de dégénérescence néoplasique.

Au toucher, on sent de gros bourgeons durs, ligneux, sur les parois du vagin. La paroi antérieure se continue avec le col utérin très dur, couvert lui

aussi de ces petits papillômes. Ecoulement blanchâtre presque purulent d'odeur fade. Pas de douleurs à la miction. Dilatation brusque, pas d'amélioration des douleurs. On met le doigt dans le col envahi par le néoplasme qui ne dépasse pas l'isthme.

Voici donc trois observations où nous nous refusons à voir autre chose qu'une erreur de diagnostic au premier examen. Il est bien évident, que si dans ces trois cas, on avait pensé dès le début à la nature néoplasique de l'affection on serait d'emblée intervenu par l'hystérectomie, et dans la troisième observation, une intervention précoce aurait pu sauver la malade.

La curette ou les cautérisations ne peuvent-être employées autrement qu'à titre de traitement palliatif. On n'a jamais espéré par ces moyens-là guérir un cancer de l'utérus. Or, tout le monde sait quel coup de fouet donnent aux néoplasmes des interventions incomplètes, et d'autre part, une intervention radicale aura d'autant plus de chances d'être couronnée de succès qu'elle aura été faite de meilleure heure. Aussi la nécessité du diagnostic s'impose-t-elle et d'une façon précoce.

Examinons donc les moyens d'arriver à ce diagnostic. Pozzi (1) signale et accorde une grande importance au toucher dans le diagnostic des néoplasmes du corps, épithélioma ou sarcome. « On peut parfois dilater le col avec l'index suffisamment pour arriver à sentir les fongosités dans la cavité utérine ; une dilatation artificielle assure le diagnostic ; il

(1) Pozzi. Traité de Gynécologie. Edition II. p. 436.

faut même la faire rapidement avec une bougie d'Hégar ou un dilateur métallique pour ne pas longtemps oblitérer le col..... »

Et plus loin à propos de sarcôme : « L'introduction du doigt après la dilatation permet de reconnaître le néoplasme. »

Pozzi attache donc une grande importance à la constatation de la tumeur et des fongosités ; mais ces fongosités peuvent être de petit volume et le néoplasme avoir envahi bien plus la paroi utérine que la cavité du corps, on ne peut donc pas faire un diagnostic sur ces simples constatations.

Dans un travail relativement récent, M. Weiss (1), professeur à Nancy, arrive à cette conclusion : c'est que les signes fonctionnels sont insuffisants pour faire le diagnostic, et que pour le faire, il faut voir le « corps du délit » ; c'est-à-dire, pratiquer l'exploration intra-utérine, soit par dilatation du col, soit par curettage explorateur. La dilatation est suffisante dans bon nombre de cas en permettant de sentir les fongosités de la muqueuse. (Même critique que tout à l'heure). Mais, pour M. Weiss, le curettage explorateur est un moyen plus sûr encore, en ce sens qu'il permet l'examen histologique des parties enlevées.

Ainsi donc, pour faire un diagnostic de cancer du corps, deux choses sont nécessaires : un curettage et un examen histologique. Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser de l'examen histologique, mais,

(1) Weiss Quelques considérations sur le cancer du corps utérin. Archives de toxicologie et gynécologie. 1893.

il faut avouer que comme moyen d'exploration la curette est un instrument précaire. Faire le diagnostic de dégénérescence de la muqueuse, alors que toute cette muqueuse est envahie, n'est pas d'une grande difficulté, la curette ramènera toujours des fongosités néoplasiques. Mais, si le cancer est au début et la dégénérescence limitée à un petit placard, qui peut assurer que la curette ne passera pas à côté des parties malades et qu'on ne risquera pas ainsi d'égarer le diagnostic ? Et même, si l'on enlève exactement des morceaux néoplasiques, est-on sûr que ce seront ces derniers qui seront livrés à l'examen histologique ? (1)

Quant à l'examen histologique des débris ramenés par la curette comme valeur du diagnostic, c'est, à notre avis, une véritable légende dont il serait bon de faire justice : En Allemagne, elle a surtout été vantée par Martin. En France, à propos de la valeur de cet examen histologique, Pozzi (2) dit textuellement : « L'examen des parcelles enlevées pourra *parfois* définitivement trancher le diagnostic entre le cancer et la métrite : examen histologique qui rencontre *les plus grandes difficultés*. » Comme le remarque justement Cornil, l'examen histologique est facile quand on dispose d'un utérus entier. Il en est tout autrement quand on doit se contenter de petits fragments de muqueuse. L'hypertrophie glandulaire simple de l'endométrite peut alors être très difficile à différencier de l'épithéliome, surtout lorsque sur

(1) Semaine gynécologique, 31 mars 1896. S. A. Griffith. Diagnostic précoce du cancer de l'utérus. Brit. med. J. 1^{er} février 96.

(2) Pozzi. Traité de Gynécologie, 2^{me} édition, p. 437.

des fragments de muqueuse, les glandes ne peuvent être examinées jusque dans leur profondeur.

Bitch ⁽¹⁾ dans sa thèse sur les néoplasmes du corps arrive sur ce point aux conclusions suivantes : en se basant sur l'avis de Cornil, Landau, Abel, Routier, Lawson Tait, l'examen microscopique ne donne de résultat précis que s'il porte sur un lambeau de muqueuse excisé au bistouri ou au ciseau. L'examen n'est le plus souvent positif que s'il s'agit d'un néoplasme déjà avancé et perceptible au toucher après dilatation utérine. D'un autre côté, un examen négatif ne signifierait rien *au point de vue de la bénignité de l'affection*. Il faut, pour se prononcer, que l'examen soit pratiqué par un histologiste des plus exercés.

Rarement les observations de néoplasme du corps avec les incertitudes du diagnostic histologique sont publiées avec autant de franchise que l'observation suivante due à A. Guérin ⁽²⁾. Voici le résultat de cet examen microscopique : Vulpian fit le diagnostic de sarcome médullaire. Un histologiste *des plus justement renommés* (le nom n'est pas cité) a conclu à l'absence de lésions. Enfin Ranvier fit le diagnostic d'épithélioma tubulé.

Dans les comptes rendus d'une revue américaine ⁽³⁾ Coe présente un carcinôme du corps dont le curetage a été plusieurs fois répété, et qui ne donne aucune certitude histologique. Dans la discussion

(1) Bitch. Thèse inaugurale. Lyon 1891.

(2) A. Guérin. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1888.

(3) Archives d'Obstétrique et de Gynécologie, 1891.

qui suivit, Gill-Willy déclare que les résultats micrographiques sont nuls dans la plupart des cas.

Alors que j'avais l'honneur d'être préparateur-adjoint au Laboratoire d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le professeur Raymond Tripier, et interne de M. Vincent, j'ai cherché à me rendre compte par moi-même, et faisais systématiquement, sans résultat du reste, l'examen de tous les curettages opérés dans le service. Ces produits de muqueuse, très irréguliers et de petite dimension, diminuent encore par les manipulations, si bien que la coupe ne réussit à porter que sur des fragments de petite surface. Or, il y a beau temps que l'on sait qu'il n'existe pas de cellule cancéreuse caractéristique, que seul l'arrangement particulier des éléments cellulaires entre eux peut permettre de faire le diagnostic. Cet agencement ne saurait être vérifié sur de tous petits fragments.

Il est bien certain que le diagnostic histologique fait avec des fragments de tumeur enlevée dans ce but a une tout autre valeur que l'examen micrographique des parcelles enlevées à la curette. Ces fragments sont plus volumineux et bien choisis. Mais encore une fois ce n'est pas là un moyen clinique, et nous croyons avec M. le prof. Laroyenne qu'on peut mieux faire avec l'introduction du doigt dans la cavité utérine, quitte à faire l'examen histologique pour reconnaître la nature cellulaire du néoplasme.

Guidés par M. le professeur Laroyenne, nous croyons que le toucher explorateur peut nous rensei-

gner, non seulement sur la présence de fongosités dont la constatation ne suffit pas à faire conclure à un néoplasme, mais ce qui est tout autrement important, sur la qualité de ces fongosités et du muscle utérin.

Il y a six ans, Audry (1), élève du professeur Laroyenne, insistait tout spécialement, comme moyen de diagnostic des néoplasmes du col et de la cavité cervicale, sur la friabilité des tissus dégénérés, la facilité, pathognomonique pour lui, avec laquelle ils étaient pénétrés par l'ongle.

Depuis, M. le professeur Laroyenne montre dans son service que c'est là aussi un signe excellent de dégénérescence muqueuse du corps. C'est donc moins la présence de fongosités que la friabilité des tissus qui est caractéristique. Elle est bien connue et fait souvent la difficulté des hystérectomies pour néoplasmes qui ont envahis le corps. C'est encore cette friabilité qui rend dangereux le curettage. L'observation suivante est un exemple de l'utilité du toucher intra-utérin dans ces dégénérescences du corps.

OBSERVATION VII

Malade entrée à Ste-Thérèse n° 15, le 21 décembre 1895, âgée de 44 ans.

Réglée à 16 ans, très régulièrement. Les règles étaient un peu abondantes et duraient de 3 à 4 jours. Pas de pertes blanches. Six grossesses à terme et un accouchement prématuré il y a 7 mois.

(1) Lyon médical 1891:

Pas de maladie antérieure.

La malade était en bonne santé lorsqu'il y a huit jours, deux semaines après ses règles qui avaient été plus abondantes qu'habituellement, à la suite d'un travail excessif, elle eut une métrorrhagie un peu abondante.

C'est pour cette métrorrhagie qu'elle vient à la consultation gratuite.

Au toucher, on sent dans le col légèrement entr'ouvert une masse bourgeonnante, assez semblable à un polype muqueux, mais un peu frangé. Le doigt ramène du sang. En présence du peu de symptômes et de la netteté avec laquelle on sent le col entr'ouvert, on porte le diagnostic de polype muqueux. Mais, M. Laroyenne fait dilater l'orifice du col, et, après introduction du doigt dans la cavité utérine, on sent une masse fongueuse, qui sert de point d'implantation à ces végétations sur le fond même de l'utérus, et dans lequel on pénètre facilement avec l'extrémité du doigt qui déchire les tissus. Profondeur de la cavité utérine = 11 centimètres — on fait une hystérectomie vaginale et le 11 janvier la malade sort guérie. — L'examen histologique a prouvé qu'il s'agissait bien d'un épithélioma du corps.

Nous pourrions citer un certain nombre d'observations, dans lesquelles cette friabilité particulière a permis d'emblée un diagnostic, mais on pourrait croire à la rigueur que cette friabilité se trouve surtout dans nos observations, parce que nous avons voulu l'y trouver. Il nous a paru plus utile, pour appuyer notre thèse, de rechercher dans les auteurs

des observations de cancer du corps, et là aussi nous avons trouvée mentionnée, évidemment sans idée préconçue, cette friabilité pathognomonique. La plupart de ces observations se rapportent à des cas de déciduômes malins, parce que ces observations, étant donné qu'il s'agissait d'une affection peu connue, ont été prises avec un luxe de détails peu habituel aux observations du cancer. Dans tous les cas, où le toucher intra-utérin a été fait, on a noté cette facilité de pénétration du doigt dans les tissus néoplasiques.

OBSERVATION VIII

(mémoire de Cazin — Chiari d'après Beach)

Anatomie pathologique. — Dans ces trois cas ces excroissances sont formées d'une masse de mauvaise nature peu résistante, putréfiée à la surface.

OBSERVATION IX

(due à Pfeiffer)

Autopsie. — L'utérus est augmenté de volume, la cavité utérine est remplie d'une tumeur du volume du poing qui s'implante sur la partie antérieure du fond. Sa surface est nécrosée, de *consistance molle*.

OBSERVATION X de Gollschalk.

(d'après Beach)

Femme B... 49 ans.

En 1882, deux avortements. En 1886 une grossesse

à terme. L'année suivante, un deuxième enfant à terme. En 1891, la malade fit son troisième avortement. On fit un curettage, et elle fut de nouveau bien réglée. Enceinte en décembre 1891. Au mois de janvier 1892, au moment de ses règles, elle eut une faible hémorrhagie pendant un jour.

Dans le commencement de février, elle a tous les signes objectifs d'une nouvelle grossesse. Le 10 février, forte hémorrhagie. Le Dr St... trouve l'utérus ramolli, rétrofléchi, gros comme un utérus de deux mois et admet la possibilité d'un avortement. Plusieurs tamponnements. On trouve dans les pertes, des traces de débris placentaires. L'hémorrhagie persistant toujours, le médecin conclut le 18 février que l'embryon était sorti inaperçu, et qu'il y avait une rétention des membranes. Il fit un curettage et un lavage intra-utérin. Le 21 février l'orifice du col est entrouvert ; à la hauteur de l'orifice interne, on sentit l'extrémité inférieure d'un corps allongé et spongieux, lequel se laissait détacher avec le doigt, de son point d'implantation, au niveau de l'angle droit du fond de l'utérus, et qui d'après le Dr St... représentait un gros morceau de placenta. — Tamponnement.

Le 8 avril, retour des hémorrhagies qui persistent variables en abondance jusqu'au 24 avril. On fait un nouveau curettage ce jour là. Le 24 juin, hémorrhagies très violentes. Le doigt pénètre dans la cavité utérine dilatée, remplie de masses en apparence placentaires et on crut à un nouvel avortement. On

enlève avec le doigt, plusieurs poignées de masse spongieuses de couleur rouge foncé.

Le 27 juin — troisième curetage.

Jusqu'au 24 juillet hémorrhagies toujours abondantes.

On appelle Gottschalk qui fait une dilatation avec laminaire. Le lendemain le toucher digital montra que le fond de la matrice était occupé par des masses molles bosselées, solidement insérées. Dans la paroi du fond à droite, on sentit un trou à bords nettement taillés que l'on regarda comme produit par la curette tranchante. Au fond du trou on trouve des masses molles qui donnaient la sensation de bourgeons charnus. Avec le doigt on enlève de l'angle droit et de la paroi postérieure cent cinquante grammes de ces masses, après avoir tout enlevé à un endroit, et être arrivé sur le tissu musculaire, on ramena des *morceaux qui cédaient au doigt*, ce qui finit par donner l'impression qu'en insistant on ferait facilement une perforation... etc.

OBSERVATION XI

(Loelhein)

Madame X... 47 ans. Six accouchements normaux. En 1890, avortement de 7 mois. Depuis 1892 hémorrhagies irrégulières avec pertes fétides.

Examen le 27 mai 1892; dans le canal cervical, on sent une production polypeuse en *forme de champignon friable*, de surface bosselée, dont la pédicule part de la paroi postérieure de l'utérus; en d'autres points sur la paroi interne, au-dessus du pédicule, on

sent encore quelques masses moins nettes *également friables*.

On fait d'abord un curettage puis une deuxième intervention, l'hystérectomie, nécessitée par la réapparition des symptômes.

OBSERVATION XII

(Nové-Josserand, Lacroix, service
du professeur Fochier)

Aglaè R... agée de 24 ans, entre à la Charité, dans le service du professeur Fochier.

Deux accouchements à terme, le dernier remontant à deux ans et demi. Elle a eu, après cette dernière couche, une hémorrhagie abondante, qui s'arrêta seule et ne se reproduisit pas. A cette époque, quelques douleurs dans le bas ventre, les règles revinrent normales et régulières.

En décembre 1892, nouvelle interruption des règles. En mai 1893, elle eut des hémorrhagies qui se répétèrent pendant six à huit semaines, et furent suivies de l'expulsion d'une môle hydatique très volumineuse.

Pendant un mois, aucune métrorrhagie. Au bout de ce temps, elle commence à perdre de nouveau ; les hémorrhagies se renouvelaient à des intervalles variant de trois à huit jours.

M. le professeur Fochier dilata le col au moyen d'une tige de laminaire, et pratiqua l'examen digital de la cavité utérine. Il trouva celle-ci agrandie, libre, contenant seulement quelques caillots assez résistants. En explorant les parois de l'utérus, il rencon-

tra sur la face antérieure un point ramolli au niveau duquel le *doigt s'enfonçait facilement dans le tissu utérin et semblait pénétrer jusqu'au péritoine.*

M. le professeur Fochier détacha avec l'ongle trois petits fragments qui furent mis de côté pour l'examen histologique.

Voilà donc un certain nombre d'observations se rapportant toutes à une tumeur maligne de la cavité utérine et ces observations cliniques en faveur de notre thèse, ont été contrôlées par l'examen anatomo-pathologique.

Il est vrai qu'il s'agit là de tumeurs particulières. Voici une autre observation se rapportant à un épithélioma du corps et relevée dans le registre du professeur Fochier.

OBSERVATION XIII

Amélie F..., 53 ans, place Belfort, 1, entre dans le service le 22 novembre 1895. Mariée. Elle a deux enfants, puis elle a eu trois avortements, le premier à six mois, il y a douze ans, probablement avec infection, séjour au lit, pertes prolongées. Depuis cet avortement, les règles sont plus abondantes, régulières et indolores. Il y a deux ans, les règles semblaient se tarir, mais en même temps que la ménopause se produisent des pertes hémorrhagiques, irrégulières, inodores et fréquentes, apparaissant mêlées de pertes blanches qui persistent dans l'intervalle. Depuis deux mois surtout, ces accidents incommode davantage la malade qui n'accuse

pas d'autre malaise qu'un peu de pesanteur dans les reins.

Au toucher, le col est mou, présentant un léger degré d'ectropion.

Le soir de l'entrée à l'hôpital, on met dans l'utérus une tige de laminaire. Le lendemain, on achève la dilatation avec des bougies d'Hégar, et le toucher intra-utérin permet de sentir une masse bourgeonnante en champignon, peu saignante même après le contact du doigt *qui ramène des fongosités* insérées surtout sur la face postérieure.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma de la muqueuse.

OBSERVATION XIV

(Clinique gynécologique)

M^{me} P..., 49 ans, demeurant place de la Croix-Rouge, à Vienne, entre le 17 janvier 1894, salle Sainte-Thérèse.

Les règles sont irrégulières depuis un an ou deux. Depuis un mois, pertes irrégulières plus abondantes avec intervalles de pertes blanches. Douleurs dans le bas ventre irradiées surtout à droite vers les reins et la cuisse droite.

Maigrissement et perte de l'appétit.

Au toucher le col est légèrement entr'ouvert.

Au lendemain de son entrée, on dilate le col de façon à laisser pénétrer le doigt. Cette dilatation facile est faite avec les bougies d'Hégar. On sent des *fongosités* dans lesquelles *le doigt pénètre facilement*. La cavité mesure 9 1/2. On essaye d'abaisser l'utérus

pour pratiquer une hystérectomie, mais ce dernier est rétro-fléchi et solidement adhérent. Aussi on se contente de laisser un crayon de chlorure de zinc.

Il nous serait facile d'ajouter encore quelques observations à cette liste ; que prouveraient-elles de plus ? Cette sensation de mollesse et de friabilité des tissus néoplasiques envahissant la paroi utérine est pour nous un signe caractéristique et qui ne nous a pas trompé. Ce n'est pas cependant qu'il n'existe des causes d'erreur. On pourrait à la rigueur, après un examen superficiel, considérer un simple cas de rétention placentaire comme une tumeur puisque le doigt pénètre aussi dans ces masses placentaires. Mais ce placenta se sépare très nettement du muscle utérin, il y a là un plan de séparation extrêmement net pendant l'avortement, à l'encontre de ce qui se passe dans une délivrance artificielle, à la suite d'un accouchement à terme.

A la suite d'un avortement, le doigt introduit dans l'utérus et qui a décollé le placenta, a parfaitement la notion qu'il s'agit pour ainsi dire d'un corps étranger ; et la sensation est bien différente dans un cas de tumeur maligne. Le néoplasme végète dans la cavité, mais en même temps ses colonies cellulaires pénètrent dans le muscle, et en dissocient les éléments. On a immédiatement à ce niveau, la sensation que le muscle utérin et la tumeur font absolument corps l'un avec l'autre. Les observations XI et XII sont particulièrement intéressantes à ce sujet

en montrant l'envahissement de la paroi musculaire. Et non seulement le doigt pénètre dans ce tissu néoplasique, mais il en ramène des fragments.

Cazin, dans son mémoire sur les tumeurs déciduales, montre parfaitement cette sensation qu'éprouve le doigt explorateur : lorsque celui-ci rencontrera un de ces points où le muscle utérin normalement résistant à la pression se trouve remplacé par du tissu néoplasique, celui-ci n'offrira aucune résistance et comme l'ont noté MM. Nové-Josserand et Lacroix on aura nettement l'impression que l'on pénètre jusqu'à une distance plus ou moins faible du péritoine.

Seulement, nous ne croyons point, comme semble le dire M. Cazin, que cette sensation soit caractéristique seulement du déciduôme ; nous pensons qu'il faut l'étendre à toutes les dégénérescences malignes, et comme l'a soutenu Veit à la Société de médecine de Berlin, certains polypes placentaires destructifs ou certaines môles hydatiformes récidivées doivent donner la même sensation ; car ces deux cas rentrent dans le cadre des tumeurs cliniquement malignes et n'infirmement pas ce que nous soutenons dans notre thèse.

2° Du diagnostic des fibromes interstitiels et des polypes fibreux

Lorsque le fibrome interstitiel ou le polype muqueux ne se manifeste que par des métrorrhagies, nous croyons que ce diagnostic est impossible si on ne fait pas systématiquement le toucher intra-utérin ;

nous avons déjà vu à ce sujet une observation probante (observ. III), dans laquelle il s'agit d'un fibrome interstitiel qui a été pris pour un cancer ; voici un autre exemple où le diagnostic causal de la métrorrhagie n'a été fait que par hasard.

OBSERVATION XIV

M^{me} N..., 36 ans, entrée le 26 février dans la salle Ste-Marie, n^o 8 pour des douleurs dans le bas-ventre irradiées dans les lombes et des métrorrhagies remontant à 3 ans. Bien réglée, elle a eu il y a 6 ans une couche ; la menstruation s'était rétablie régulièrement. Il y a 3 ans, les pertes deviennent plus abondantes au moment des règles qui durent plus longtemps que d'habitude. Les douleurs sont assez vives et forcent la malade à garder le lit le plus souvent.

Le ventre était tendu et difficilement dépressible ; on endort la malade et on sent dans le cul de sac postérieur une petite masse de la grosseur d'une noix, immobile et qui est, soit une trompe légèrement dilatée et prolabée, soit l'ovaire. En tout cas, cette petite masse est solidement fixée. On met la malade au repos au lit complet et on columnise son vagin croyant surtout à des métrorrhagies symptomatiques d'une congestion peri-utérine intense.

Au bout de 8 jours, on enlève le tamponnement de la malade ; elle ne souffre plus, mais le col est entrouvert et à travers ce col dilaté, l'index sent une petite masse régulière. C'est un fibrome pédiculé.

On achève la dilatation et on enlève immédiatement ce fibrome implanté sur le corps.

Ainsi donc si la dilatation du col ne s'était pas faite spontanément, probablement sous l'influence des tampons, la véritable cause de cette métrorrhagie aurait passé inaperçue et le diagnostic n'aurait été fait que par l'accouchement spontané.

OBSERVATION XV

M^{me} J..., 46 ans, cultivatrice, demeurant à Montmélian (Savoie), entre dans la salle Ste-Thérèse n° 7, pour des métrorrhagies qui remontent à près de 10 mois, le 1^{er} novembre 1894. La malade a toujours eu des règles très abondantes, 10 jours par mois. En décembre 1893, les règles revinrent tous les 15 et même tous les 10 jours.

En juin 1894, elle eut une métrorrhagie pendant 2 mois, soignée par ergotine, hydrastis canadensis, injections chaudes.

Examen. Douleurs assez vives dans les reins et le bas-ventre : on constate, par le palper abdominal, que l'utérus n'est pas sensiblement gros ; il s'élève cependant au-dessus de la symphyse pubienne, ce dont on se rend compte par le palper abdominal combiné au toucher vaginal. Le col utérin est gros, allongé, constitué par des parois épaisses. L'utérus se laisse facilement abaisser à la vulve à l'aide de pinces Doléris.

On le dilate d'abord modérément jusqu'au n° 25 d'Hégar, puis on poursuit la dilatation jusqu'au

n° 40 de façon à pratiquer le toucher intra-utérin avec l'auriculaire. Ce toucher révèle une surface lobulée, irrégulière, mais lisse et non fongueuse.

M. le professeur agrégé Condamin fait le diagnostic de fibrome et on met un crayon de chlorure de zinc.

La malade a été revue au mois de décembre 1894. Elle se porte bien. Son utérus mesure 7 centimètres $1/2$, pas de douleurs, mais quelques pertes blanches.

OBSERVATION XVI

(Service du professeur Fochier)

M^{me} Anne, place Sathonay, 3.

Trois couches, dont la dernière remonte à 2 ans $1/2$.

Pertes blanches et douleurs dans les reins depuis 6 mois.

En septembre 1893, sans retard menstruel, mais à la suite d'une frayeur, hémorrhagies de 3 semaines avec caillots.

Le 21 décembre 1894, après un retard de 2 jours, pertes simplement sanguinolentes, mais le 2 février 1895, tout d'un coup et sans raison, hémorrhagie avec caillots, coliques abdominales et rénales.

Entrée à l'infirmerie de la clinique le 3 décembre 1895, avec le diagnostic d'avortement.

Le soir, on se prépare à faire un curettage, mais en lavant la malade on trouve dans le vagin un polype fibreux qu'on enlève. Guérison.

OBSERVATION XVII

(Service du professeur Fochier)

M^{me} N..., rue Rabelais 26, âgée de 63 ans, entre dans le service se plaignant d'hémorrhagie abondante à apparition menstruelle remontant à 1 ou 2 ans. Elle se plaint également de dysurie. Elle est peu cachectique, l'appétit est conservé. Au toucher, utérus gros, rien de particulier au col.

Diagnostic : fibrome. M. Fochier opère par la voie vaginale, et en opérant devant la friabilité des tissus, on s'aperçoit qu'on est en présence d'un cancer du corps. La cavité utérine est dilatée et remplie par une énorme quantité de détritüs cancéreux.

On voit donc la difficulté du diagnostic causal des métrorrhagies dans les cas où il s'est agi d'un polype fibreux (observ. XV et XVI) ou d'un fibrome interstitiel peu développé (observ. III) avec et pour unique symptôme des hémorrhagies. Tout aussi difficile à diagnostiquer, à moins d'examiner la malade au moment où ils apparaissent, sont ces fibromes intermittents à forme rubannée que Truchot a décrits. Seule l'introduction du doigt dans l'utérus permet de faire un diagnostic ferme. M. le professeur agrégé Auguste Pollosson nous a raconté un beau succès dû à cette pratique après avoir fait un curettage chez une malade qui perdait beaucoup, il eut l'idée d'introduire le doigt au fond de l'utérus et il perçut alors un fibrome sous-muqueux qui faisait saillie

dans la cavité utérine. Il incisa la muqueuse et put extraire la tumeur par la voie vaginale.

Ainsi donc comme rien ne saurait faire préjuger de la nature d'une hémorrhagie en dehors d'un avortement, il nous semble nécessaire de faire toujours une dilatation suffisante pour toucher puisque ce sera le seul moyen de faire un diagnostic causal et de poser les indications d'une thérapeutique définitive.

3° *Diagnostic des métrites hémorrhagiques*

Il y a tout un groupe de métrites hémorrhagiques symptomatiques dont on ne peut faire (nous venons de le dire dans les deux chapitres précédents) de diagnostic que par le toucher, intra-utérin ; mais par le même fait qu'on constatera par ce toucher l'absence des causes si fréquentes de métrorrhagie (fibromes et cancers du corps) on sera bien venu de conclure, par la constatation de nombreuses irrégularités de la muqueuse et même en l'absence de tout signe objectif au toucher, à une métrite hémorrhagique à moins qu'on ne constate des lésions péri-utérines ou que l'interrogatoire ne relève d'autres causes générales (diabète par exemple) sous la dépendance desquelles peut se manifester l'hémorrhagie. Le diagnostic ainsi assuré et un traitement efficace constitué, on sera bien sûr d'avoir guéri les malades sans les surprises que nous avons vues rapportées dans quelques observations de ce mémoire.

Est-ce à dire que le diagnostic par le toucher soit nécessaire dans tous les cas de métrite hémorrhagique ?

Bien que la dilatation soit sans danger, il est cependant, à notre avis, des cas bien caractérisés cliniquement où la dilatation ne donnerait aucune indication particulière et nouvelle. Je veux parler des métrorrhagies des jeunes filles, même celles justiciables d'un curettage intra-utérin, et que notre maître M. le professeur Laroyenne a décrit dans le n° 26 du Lyon Médical. ⁽¹⁾ Ces métrites s'observent à l'époque de la puberté ou à son voisinage; on sait que le plus souvent ces pertes sont dues à la chloro-anémie, ou encore sont sous la dépendance de troubles causés par l'établissement de la fluxion cataméniale, et quelquefois, comme le professeur Laroyenne l'a signalé, sont dues à la présence de fongosités. Dans ces cas, il s'agit de métrite virginale dont le facteur étiologique peut être modifié par une médication générale et un traitement hygiénique ou dont la cause locale est justiciable d'un curettage. Le diagnostic est souvent assez évident pour que cette dilatation ne soit pas nécessaire, d'autant plus que ces utérus vierges présentent une petite capacité et se laissent difficilement dilater. Mais la dilatation n'est pas impossible ni contre-indiquée et nous ne sommes pas les premiers à la proposer. Bouton ⁽²⁾ dans sa thèse inspirée par Pozzi, donne le conseil de dilater graduellement pour arriver à l'exploration digitale et faire le diagnostic de polype ou de granulation, et nous estimons que dans un cas rebelle,

(1) Lyon médical. 96.

(2) Th. Paris 86.

c'est encore à ce mode d'exploration qu'il faudrait avoir recours.

Dans les cas de métrite hémorrhagique relevant d'un avortement, nous avons vu quelle était la conduite à tenir dans le chapitre I.

Enfin il nous reste à parler des cas d'endométrite sénile. On sait qu'il s'agit là d'une affection obscure, étudiée d'abord par les gynécologistes anglais et, qui a fait en France l'objet de plusieurs mémoires et en particulier de Levrat, *Province Médiale* 91, et de G. Maurange, dans la *Gazette Hebdomadaire*, 95.

Ce qui fait l'intérêt de ces cas, c'est la difficulté de leur diagnostic avec les cancer du corps. En effet, dans les deux cas on constate l'augmentation de volume de l'utérus qui est douloureux, présente souvent un écoulement purulent entrecoupé d'hémorrhagies, le tout extrêmement fétide. L'hystérométrie donne une profondeur en général supérieure à la normale; et en même temps la malade présente de l'amaigrissement, une diminution générale des forces et un aspect cachectique.

Observ. (1) Femme stérile âgée de 60 ans, 3 ans avant sa mort, commence à souffrir dans le bas ventre et à perdre un liquide abondant tantôt clair, tantôt teinté de sang. On fait le diagnostic de tumeur maligne et on constate qu'il n'en est rien.

Observ. (1) Mal d'Horrocks (2) âgée de 53 ans. Présente des hémorrhagies et un écoulement infect survenu après la ménopause. Diagnostic: cancer diffus

(1) Mathews Duncan. Trans. of obst Soc. London.

(2) id.

de la muqueuse utérine. L'opération montre qu'il n'en est rien.

Observ. due à Maurange. Gaz. Médic. Paris. mai 96. — Affection survenue 6 mois auparavant en pleine santé chez une multipare de 62 ans ayant eu à 47 ans une ménopause régulière, était caractérisée par un écoulement purulent d'une horrible fétidité se faisant à intervalles réguliers par de véritables décharges précédées d'une période prolongée de vives douleurs dans le bas ventre et les reins. Au toucher, on trouvait le col boursoufflé, volumineux et mobile, le corps augmenté de volume est douloureux à la pression, le cul-de-sac libre, le vagin très enflammé.

Au spéculum on constate que la muqueuse vaginale est d'une coloration rouge foncé et comme granuleuse.

L'introduction de l'hystéromètre donne une profondeur de 8 centimètres $1/2$; en le retirant il s'écoule un pus sanieux très fétide. Un traitement simple suffit à guérir la malade.

Rien ne manque à ce tableau, pas même l'hémorrhagie pour faire croire à un cancer de l'utérus. C'est une erreur qui a été commise par des gynécologistes éprouvés. G. Maurange conclut : il est nécessaire de faire aujourd'hui le diagnostic différentiel du cancer de l'utérus qui n'est du reste pas si fréquent après la ménopause avec l'endométrite sénile. Il importe de compléter l'examen clinique par l'investigation microscopique; or nous avons vu le cas qu'il faut faire de cette investigation micros-

copique ; et quant à l'examen clinique, il n'est complet que lorsque le toucher intra-utérin a été fait ; c'est lui seul qui permet d'affirmer ou de nier la présence ou l'absence de dégénérescence de la muqueuse.

CHAPITRE III

MANUEL OPÉRATOIRE

La nécessité d'arriver, pour l'introduction d'un doigt à une dilatation considérable en somme, pour un organe dont la cavité normale est petite, n'est pas un argument contre cette méthode d'exploration; d'abord, parce que cette dilatation a été faite sans accident, et ensuite parce que quelques gynécologistes, tout en ne reconnaissant pas la valeur de ce moyen de diagnostic, croient cependant à la nécessité de dilatations considérables dans un but thérapeutique, pour étaler les culs-de-sac glandulaires et permettre aux agents modificateurs de pénétrer jusque dans le fond de ces glandes où ils pensent, à juste titre, que sont cantonnés les derniers germes d'une affection d'ordre inflammatoire. C'est sur cette méthode thérapeutique et dans ce but que la plupart des auteurs dilatent une cavité utérine dans des proportions déjà grandes; je ne parle évidemment pas d'une dilatation nécessaire et suffisante pour l'introduction d'une curette ou d'un porte médicament.

De toutes ces méthodes, celle de Vuillet de Genève, est la dernière en date et la plus connue.

Cette méthode, basée sur une conception thérapeutique qui, entre ses mains, a donné de bons résultats, juge aussi par le même fait la possibilité et l'innocuité des grandes dilations de la cavité utérine; lui aussi arrive à y introduire le doigt, mais tout en ayant indiqué dans son mémoire la possibilité de cette opération, il n'en montre que les indications thérapeutiques et n'en a pas montré la nécessité dans le diagnostic.

Comment fera-t-on cette dilatation ?

Lorsque le col est ramolli, le moyen le plus simple et le plus rapide est de le dilater, soit avec l'index, soit en passant successivement les différents numéros des bougies d'Hégar. On arrive facilement aux numéros élevés, 65 environ, nécessaire pour l'introduction d'un index et cela sans danger.

Lorsque le col est rigide, la dilatation est plus laborieuse.

La plupart des auteurs hésitent entre la méthode qui consiste à dilater et à ramollir le col par des tiges de laminaire ou des éponges préparées, et celle qui au contraire cherche à obtenir la dilatation extemporanée comme tout à l'heure avec des bougies d'Hégar ou des dilateurs métalliques.

Pour notre compte, nous avons toujours employé le procédé extemporané avec les bougies d'Hégar. cette méthode est absolument innocente, mais à la condition de dilater lentement. Il faut, comme le dit Pozzi, une heure pour attendre une dilatation suffi-

sante. C'est ce procédé que nous avons toujours employé sans accident. Il a aussi, sur les tiges de laminaire et procédés semblables. l'avantage de permettre l'écoulement des liquides et surtout d'être aseptique.

Cependant, ce procédé pourrait, dans certains cas, être remplacé parfaitement par l'introduction dans le col d'éponges préparées à la gomme antiseptiquement, comme il en existe dans le service de M. Laroyenne, ou bien par des tiges de laminaire et même dans les cas d'avortement ou de rétention placentaire après l'accouchement par le ballon de Barnes ou de Champetier. Ce mode de dilatation lente a un avantage : celui de ramollir préalablement le col et de permettre d'achever les dilatations avec des bougies d'Hégar sans aucun danger.

Lorsque la dilatation est suffisante pour y introduire l'index, on peut explorer la cavité utérine en introduisant un doigt dans le vagin et avec l'autre main appliquée sur la paroi abdominale qu'on déprime fortement, on abaisse au-devant du doigt le fond de la cavité utérine. On peut aussi et préalablement descendre l'utérus à la vulve à l'aide d'une traction modérée avec les pinces Doléris faite sur le col et toucher la cavité utérine comme s'il s'agissait d'un vagin.

Mais encore, faut-il, pour que cette exploration soit utile, que la profondeur de la cavité utérine ne dépasse guère la longueur de l'index et n'atteigne pas des dimensions plus élevées que 10 à 12 centimètres.

CONCLUSIONS

- 1° La dilatation de la cavité utérine, de façon à permettre l'introduction de l'index est une manœuvre absolument innocente.
- 2° Le toucher intra-utérin permet dans un avortement, alors qu'il est nécessaire d'intervenir en raison de l'abondance et de la durée des pertes, de s'assurer du contenu de la cavité utérine et de faire un curage bien plus complet qu'on ne saurait le faire par une intervention instrumentale quelconque.
- 3° En présence d'une hémorrhagie, alors qu'on ne soupçonne pas de grossesse, c'est le toucher intra-utérin que l'on doit faire systématiquement dans tous les cas, en raison de l'obscurité du diagnostic par les signes fonctionnels et lui seul peut permettre de conclure à :

Un fibrome intra-utérin	{	sessile
		polypeux
		rubané
		interstitiel
Un cancer du corps	{	infiltré
		diffus

ou par exclusion :

A une métrite hémorrhagique.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE.

Vu, bon à imprimer :
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :
LE RECTEUR
G. COMPAYRÉ.

Lyon, le 16 juillet 1896.

